LA FRANCE MÉDICALE
ET
PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Electrothérapie : De la galvanisation du pneumo-gastrique dans les dyspepsies anachlorhydriques, par M. Baraduc, 305. — **Bibliographie** : Leçons sur les maladies du système nerveux (1895-1896), par M. le professeur F. Raymond, 307. — **Revue de la presse** : Albuminurie gravidique; éclampsie; vomissements incoercibles; électricité galvanique; avortement provoqué; guérison. — **Académie des sciences** : *Séance du 3 mai* 1897. Présidence de M. Chatin. — Les origines des nerfs vaso-dilatateurs; leurs centres trophiques, 310. — Recherches sur l'action biologique des rayons X, 311. — **Académie de médecine** : *Séance du 11 mai* 1897. Présidence de M. Caventou. — Œdème aigu du poumon, 312. — Appendicite, 312. — Du redressement brusque de la gibbosité dans le mal de Pott, 312. — Le médecin Charaka; le serment d'Hippocrate et le serment des médecins hindous, 313. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 7 mai* 1897. Présidence de M. Debove. — Le bleu de méthylène dans le traitement du diabète, 313. — De l'ostéomyélite consécutive aux suppurations des voies respiratoires, 313. — Les applications locales de salicylate de méthyle dans le traitement du rhumatisme, 313. — **Société de médecine de Paris** : *Séance du 8 mai* 1897. Présidence de M. Bouloumié. A propos du traitement de certaines formes d'albuminurie par le débridement de la capsule rénale et la ponction du rein, 310. — **Société française de laryngologie, otologie et rhinologie** : (session de 1897) : La médecine légale dans les affections du larynx, du nez et des oreilles, 316. — **Société de chirurgie** : *Séance du 12 mai* 1897. Présidence de M. E. Delens. Du redressement brusque de la gibbosité du mal de Pott. Présentation de pièces expérimentales, 317. — Incurvation du tibia avec absence congénitale du péroné, 317. — Résultat de l'ablation de la tête de l'astragale et de la grande apophyse du calcanéum pour pied bot varus équin congénital, 317. — Traitement des fractures par l'appareil ambulatoire, 318. — **Variétés** : Le bazar de la Charité et le Conseil général des sociétés médicales, 318. — **Correspondance**, 318. — **Nouvelles**, 319. — **Bulletin bibliographique**, 320.

ÉLECTROTHÉRAPIE

De la galvanisation du pneumo-gastrique dans les dyspepsies anachlorhydriques (1),

Par le Dr Hippolyte Baraduc (de Paris).

Je passe maintenant aux observations que j'ai choisies parmi bien d'autres, comme correspondant à la classification que je fais entre les *Hypopeptiques anachlorhydriques fonctionnels* et les *hypopeptiques symptomatiques.*

Dans le premier cas, la galvanisation cervico-gastrique rétablit en quelques séances, l'acte digestif, dans une proportion relative à la *recharge chlorydropeptique* du sang.

Dans le second, simultanément avec les troubles physiologiques de la digestion, coexiste une affection gastrique qui en est la cause, ou le symptôme. Les chances de réussite dans l'espèce sont en raison inverse de la lésion stomacale, qu'il faut combattre simultanément par les moyens appropriés.

En résumé: La galvanisation du pneumogastrique se fait *au cou, bi-cervicale*; c'est la méthode employée pour arrêter les vomissements incoercibles, décrite par Apostoli.

La galvanisation du pneumogastrique que je propose dans *les troubles digestifs* est : 1° *cervico-gastrique*; elle agit sur le nerf pneumogastrique et la couche nervo-muqueuse, ou : 2° *gastrique directe* lorsqu'il existe des hypopepsies symptomatiques.

Ce sont les *méthodes du réflexe digestif à produire* que partant on pourrait appeler *pneumo-digestives.*

I. — Hypopepsie fonctionnelle galvanisation bi-cervicale.

I. — *Hypopepsie par trouble fonctionnel.* — M. T..., malade depuis treize ans, m'est adressé de Nancy pour une maladie d'estomac traitée sans succès par plusieurs médecins et plusieurs médications.

Je constate une dilatation stomacale anachlorydrique, c'est-à-dire une hypopepsie, avec chute de l'estomac jusqu'à l'ombilic. - Perte d'appétit ; il ne peut plus manger ; — quand il mange, il ne peut digérer ; souffre de crampes gastriques et de spasmes en ceinture, s'accompagnant de palpitations de cœur. — On constate une double hypéresthésie des ganglions solaires. — Ce malade est très impressif, il souffre de ne pouvoir digérer et a maigri d'une dizaine de livres ; sa formule biométrique est attraction 5, attraction 10, cette double attraction montre que sa vitalité est en hypotension, en faiblesse et en grande impressivité. — Un mois de traitement en septembre 1894, par la galvanisation pneumo-gastrique, immédiatement faite après chaque repas ; la digestion est rétablie, les douleurs spasmodiques et diaphragmatiques s'effacent, le reflexe chlorhydropepsique normal est rétabli lorsqu'il retourne à Nancy, où durant un mois encore il fait sa galvanisation post-prandiale. — Revu l'année suivante en juin 1895, très bien portant, il a engraissé de 12 livres, n'a plus de crampes depuis un an, sa digestion est tout à fait facile et sa gratitude à mon égard lui est facilitée par sa

(1) Communication à la Société de médecine de Paris, séance du 10 février 1897.

profession qui l'oblige à voyager ; ce témoin ambulant des bienfaits de la galvanisation gastrique est la cause pour moi de plusieurs malades.

II. — Mme D., à la suite d'une grande tension d'esprit et d'un travail de tête excessif, est prise de douleurs sur le sommet de la tête au niveau du clou hystérique, sa névropathie peu à peu descend, occupe le cou, le thorax et l'estomac.

Cette affection remonte à seize années.

L'examen de la malade montre un amaigrissement réel, elle pèse 100 livres, sa formule biométrique, 0 à droite, répulsion 5 à gauche, est celle d'une névrose psychique ; — l'examen du système nerveux constate un point douloureux à la suture lambdoïde ; le choc au niveau du carrefour de l'émotivité produit un ébranlement pénible dans le crâne ; au niveau du cou la pression du pneumo-gastrique est douloureuse, ainsi que celle des ganglions cervicaux inférieurs. Le cœur bat lentement ; au creux épigastrique, douleurs très vives. A la pression rachidienne, je constate une douleur à la quatrième vertèbre dorsale. Deux points douloureux latéralement, au niveau des ganglions du plexus solaire. La rachialgie s'accompagne donc d'une double solalgie. En présence de cette double affection nerveuse, je résolus de la traiter par la galvanisation du pneumo-gastrique, pour arrêter les vomissements et refaire un reflexe pepsique normal, attendu qu'elle ne pouvait tolérer, ni digérer le moindre aliment, ce qui l'avait réduite à cette maigreur. Enfin, après chaque séance de galvanisation, une douche cérébro-statique d'effluves électriques positives, émanées de bouts d'argent, comme je l'ai créée.

La séance est ainsi donnée : La malade prend un bouillon au jus de viande, à côté de la pile, et l'estomac sous l'influence de la galvanisation ne rend pas ce bouillon ; elle calme le réflexe musculaire exalté ; pour le vaincre, il faut monter à chaque tentative, sans dépasser 5 milliampères, mais la séance est prolongée pendant plus d'une demi-heure. A la troisième séance, l'estomac est moins douloureux, le réflexe commence à s'établir ; à mesure que le réflexe muqueux se refait, le spasme musculaire s'affaisse ; les vomissements s'arrêtent et sont suivis d'une diarrhée qui indique la révolte de l'intestin, qui n'est plus accoutumé à la digestion intestinale. L'absorption les jours suivants se rétablit, la diarrhée disparaît, et le 22 février, la trilogie gastrique, intestinale et fécale est rétablie ; elle mange, digère, absorbe et va à la selle. Les points douloureux du rachis, sont encore assez vivement sentis.

Fin février, elle va bien, ne vomit plus et doit régler ses repas, car elle a une tendance à trop manger pour se refaire ; elle n'a pas encore engraissé, son poids est toujours 100 livres, son cœur bat 80 pulsations, sa formule est 3 degrés d'attraction des deux côtés ce qui indique que la psycho-névrose est détruite, mais que sa vitalité est encore faible.

Fin mars 1892, la malade en deux mois de traitement se sent remise de cette perturbation nerveuse, datant de 16 ans, déterminée par sa vitalité faussée, et que sa formule de psycho-névrose traduisait. Elle part pour la campagne faire sa convalescence au grand air, au milieu des forces de la nature, après que l'électricité a eu brisé et redressé le mauvais dispostif de la force en elle et rétabli les réflexes normaux de la digestibilité et de la motricité gastrique, dégagé la tête, et remis l'harmonie entre les puissances cérébrales, cardiaques, gastriques et intestinales.

Revue deux mois après, la malade était très bien.

III. — Mme K., dans ses antécédents, présente une dyspepsie gastro-intestinale, avec vomissements incoërcibles à chacune de ses neuf grossesses. En avril 1893, sans début de grossesse, elle est, à la suite d'une contrariété en plein repas, atteinte de vomissements nerveux irréductibles.

Depuis 18 jours, sans aucun résultat obtenu par les méthodes employées ni même les bains glacés, la malade, très faible, ne peut rien prendre ni garder ; elle a l'horreur de toute tentative de ce genre ; ses vomissements n'en continuent pas moins. Analysés ils présentent une grande acidité 4/1000. Cellules épithéliales saines, pas de cancer, pas d'ulcère, pas de sang, pas de globules de pus. La situation est grave. Les quatre médecins qui la soignent ont recours à l'électricité sans grande confiance.

Le diagnostic que je porte est celui d « 'endo-gastralgie hypérestésique, avec spasme consécutif à une contrariété en pleine digestion ». Le réflexe chlorydropepsique a été perturbé par l'ictus émotif, qui a déterminé une irritation vasculaire et nerveuse, caractérisée par les vomissements excessifs hyperlactiques et une douleur excessivement marquée, au niveau de l'épigastre à la pression sans points dorsaux ni splanchniques ; irritation du plexus solaire.

A la troisième séance d'une galvanisation de 30 minutes, pratiquées à 8 heures du matin, midi et 6 heures du soir, les vomissements sont arrêtés ; la malade peut prendre sous l'électricité un peu de bouillon et d'eau, qu'elle est sûre de garder après que l'éructation s'est produite.

Au lieu de mener doucement et progressivement la malade, qui a quelque velléité de manger, le Dr D. B. en présence des résultats acquis par l'électricité, ne considère l'affection que comme purement hystérique et veut, malgré mon conseil, lui faire prendre un potage maigre aux pommes de terre et aux poireaux, pensant que je saurais bien le faire passer. — Les vomissements reprennent avec la douleur, une véritable gastrite se greffe sur l'irritation stomacale, nécessitant le double emploi de vésicatoire à l'extérieur ordonné à ma demande par le professeur Potain, et de 5 gouttes d'une solution de cocaïne et d'eau de laurier cerise à 1/20 à l'intérieur, par le professeur Budin. Mme K., n'ayant plus confiance que dans l'électricité, n'accepte

de nourriture que sous le courant électrique. Progressivement l'estomac s'ouvre, l'appétit revient, la digestion a lieu, en plus une machine statique est installée dans son hôtel, pour activer les phénomènes d'assimilation et de désassimilation générale.

Le deuxième mois, dans la première quinzaine, on ne fait plus qu'une seule séance, puis à la fin on cesse complètement. A cette époque elle mange de tout et a repris progressivement ses forces.

Le 1er mai 1893, le traitement est fini; depuis cette époque j'ai eu plusieurs fois des nouvelles de Mme K. qui est devenue forte et reste bien portante.

En résumé, nous voyons que sur un estomac prédisposé, une forte contrariété produit la destruction fonctionnelle chlorydro-pepsique. Ce réflexe est rétabli, une première fois, par la galvanisation du pneumogastrique et une seconde, à la suite de la gastrite produite par la soupe aux pommes de terre.

C'est un cas très remarquable, de rétablissement du réflexe pepsique, guéri par l'électricité galvanique à laquelle Mme K. doit la vie.

(*A suivre.*)

BIBLIOGRAPHIE

Leçons sur les maladies du système nerveux (1895-1896), par M. le professeur F. Raymond, recueillies et publiées par le Dr E. Ricklin. (2e Série.) Un volin-8, 776 p. avec planches. Paris, O. Doin, 1897.

L'an dernier nous avons rendu compte dans ce journal, de la 1re série des leçons cliniques de M. le professeur Raymond. Nous allons aujourd'hui donner à nos lecteurs un aperçu des matières contenues dans la 2e série.

C'est ainsi que la 1re leçon débute par la paralysie ascendante aiguë dont l'auteur donne le tableau et la marche classique. Il oppose l'état du malade le jour de la présentation (29 novembre 1896) à son état le jour de son entrée, le 6 du même mois, cela permet aux auditeurs de se rendre compte du progrès accompli par la thérapeutique. Pourtant la marche avait été rapide et le malade très près de succomber à l'asphyxie. Discutant ensuite le diagnostic différentiel, M. Raymond adopte, pour cette paralysie, l'idée d'une polynévrite infectieuse à forme de poliomyélite antérieure.

Le professeur prend texte de ce cas pour discuter dans sa 2e leçon une question doctrinale du plus haut intérêt, savoir : les relations de la polynévrite et de la poliomyélite antérieure avec la paralysie ascendante aiguë.

Nous recommandons aux lecteurs l'étude de cette leçon, dans laquelle ils trouveront, magistralement exposée, l'histoire de la paralysie de Landry et de la poliomyélite antérieure, ainsi que celle des polynévrites motrices; ils pourront ainsi se rendre compte de la genèse de ces trois affections dans une altération de nature infectieuse du neurome moteur périphérique.

Dans sa 3e leçon. M. Raymond revient sur la polynévrite aiguë et la paralysie de Landry. Il présente à son auditoire un malade qui, contrairement à celui de la 1re leçon, a vu sa paralysie s'étendre de haut en bas. Il rappelle, à ce sujet, la maladie qui a enlevé si rapidement l'illustre Cuvier et qui n'était autre qu'une paralysie de Landry à marche descendante, sans lésions médullaires, ni cérébrales.

Mais de ce qu'on ne trouve généralement rien dans la moelle, s'en suit-il qu'on doive considérer cette affection comme *sine materiâ*? Des autopsies plus récentes ont démontré que, dans le plus grand nombre des cas, on rencontrait des altérations des nerfs, il y aurait donc lieu de ranger ce syndrome de la maladie de Landry et les deux autres similaires parmi les polynévrites.

Le professeur aborde ensuite l'histoire des polynéosites d'origine spéciale et ne leur consacre pas moins de six leçons cliniques. Dans la première, c'est une femme ayant exercé la profession de fabricante de couronnes qui présente un exemple typique de polynévrite d'origine sulfo-carbonée. Après une description minutieuse des symptômes éprouvés par cette malade, M. Raymond rappelle que des auteurs recommandables ont noté des cas de manie aiguë succédant à l'empoisonnement par le sulfure de carbone. D'après lui, M. Marie aurait, le premier, justement interprêté les accidents hystériques qui se rencontrent aussi dans des cas analogues et Charcot s'est rangé à l'opinion de M. P. Marie. Ces accidents surviennent à la suite de l'intoxication sur des sujets n'ayant aucun stigmate de cette névrose, ce qui écarte l'hypothèse d'une paralysie hystérique.

Si l'intoxication a lieu par le poumon, ses effets prédominent sur les membres inférieurs (paralysie flasque, pseudo-tabes); si ce sont les mains mises en contact avec le toxique, celui-ci agit comme le plomb pour les peintres, c'est par les doigts que commence la paralysie. Dans les deux formes il y a tremblement, sensibilité exagérée (hyperesthésie), réaction de dégénérescence dans les muscles paralysés avec excitation *passagère* de l'appétit vénérien dans les deux sexes.

Le pronostic est favorable à la condition de soustraire le malade à l'influence sulfo-carbonée.

Dans la seconde leçon sur les polynévrites spéciales, M. Raymond envisage la paralysie diphtéritique ou post-diphtéritique.

C'est une affection bien connue des praticiens, aussi ne ferai-je que la mentionner. Elle se rattache aussi aux polynévrites, et bien qu'en général les petits malades aient des troubles oculaires, celui présenté le 20 décembre 1895 par M. Raymond était indemne de ce côté. Trousseau qui avait depuis longtemps étudié ces paralysies n'avait pas vu que dans l'empoisonnement diphtéritique l'incoordination motrice pouvait succéder à la paralysie flasque, c'est ce qu'à parfaitement fait ressortir M. Raymond.

Continuant ses leçons cliniques, le professeur aborde

l'histoire des polynévrites paludéennes à propos d'un malade d'une trentaine d'années qui était resté deux ans et demi au Congo et y avait pris jusqu'à 10 grammes de sulfate de quinine par jour! Cela ne l'a pas empêché d'être repris à la côte d'accès bi-quotidiens avec parésie flasque et indolente, aussi l'a-t-on rapatrié.

Le professeur rapproche de ce cas une maladie, commune en Orient, qui n'est également qu'une névrite périphérique d'origine paludéenne, j'entends parler du Béribéri ou Kake.

L'étude des polynévrites infectieuses ne serait pas complète si on n'y joignait les polynévrites tuberculeuses et alcooliques. C'est ce que les hasards de la clinique ont permis de faire à M. Raymond, qui a ainsi enrichi la neuro-pathologie de cette série d'études.

Malheureusement, l'exiguité forcée d'un compte rendu et le peu de place que nous devons à l'obligeance de notre rédacteur en chef ne nous permettent pas de donner un aperçu des idées du maître ; il me suffira de dire que la tuberculose peut se repercuter aussi bien sur la moelle que sur les nerfs périphériques, et que l'expression clinique de cette forme d'infection offre avec l'infection alcoolique maints traits de ressemblance, ce qui doit engager le praticien à bien étudier le diagnostic différentiel de ces deux affections. Le lecteur trouvera dans les leçons du maître et les commentaires qui accompagnent la présentation de chaque malade les différentes modalités cliniques de la polynévrite alcoolique.

La X[e] leçon du volume est consacrée aux paralysies arsenicales et aux troubles qui les suivent. Le professeur envisage à la fin de sa leçon les circonstances qui engendrent l'arsenicisme professionnel et la termine par la description de l'ataxie arsenicale qui n'est encore qu'une forme du pseudo-tabes. On trouvera à la page 232 un parallèle entre les troubles sensitivo-moteurs de l'arsenicisme et ceux de l'alcoolisme qui intéressera le praticien.

Dans les deux cas, des troubles psychiques peuvent se manifester, notamment l'amnésie ; de même l'amaurose, le tremblement et jusqu'à la prédisposition aux attaques épileptiformes.

Enfin il nous reste à parler des névrites typhiques et des paralysies survenues à la suite de la fièvre typhoïde dont on trouvera des exemples dans la leçon du 23 juin 1896.

M. Raymond résume dans deux leçons tout ce qui intéresse le praticien sur les polynévrites : anatomie pathologique, pathogénie, étiologie et rôle des toxiques dans le développement des névrites périphériques.

La 17[e] leçon est entièrement réservée au traitement des polynévrites. Je me propose de consacrer un article spécial à cet intéressant et si utile sujet.

Je veux, pour terminer, faire une simple présentation des leçons qu'il me resterait encore à parcourir, si la place dont je dispose me le permettait.

Nous avons remarqué dans le premier volume de ces leçons un cas de paralysie radiculaire du plexus brachial, nous en retrouvons un deuxième exemple dans le chapitre XIX[e] de la seconde série. De même dans la 20[e] leçon nous retrouvons un cas de poliomyélite antérieure aiguë de l'adulte.

La 21[e] nous offre un cas d'atrophie musculaire progressive myélopathique et la 22[e] un cas d'hématomyélie presumée du renflement cervical.

Toutes ces leçons appuyées, cela va sans dire, de malades intéressants, présentés soit dans les leçons du vendredi, soit dans celles du mardi, donnent toujours lieu de la part du maître à des développements que goûte un auditoire distingué où nous avons remarqué nombre de médecins des plus instruits de la capitale et de l'étranger.

Ces Messieurs, s'ils ont entendu la leçon du 24 mai 1895 pourront mettre en parallèle celle du 15 novembre dernier et apprécier ainsi la difficulté du diagnostic de ces cas d hématomyélie ; ils constateront aussi, ce qu'ils ne savent que trop, hélas! l'impuissance de la thérapeutique médicale.

Dans un article de la *Gazette des eaux* (22 octobre 1896) j'ai parlé des encéphalopathies syphilitiques, avec combien plus d'autorité M. Raymond a-t-il résumé dans une leçon clinique, l'évolution, le diagnostic et l'historique de la syphilis médullaire héréditaire. Dans la série de 1896, le maître avait envisagé le syndrome de Brown-Séquard et le syndrome bulbo-protubérantiel de la syringomyélie ; cette année c'est un cas de syringomyélie avec anesthésie totale qui fait le sujet de son enseignement, enseignement d'autant plus instructif qu'il est complété par un cas de la même lésion présumée à forme de sclérose en plaques. Ces deux lésions, du reste, défient toutes nos ressources thérapeutiques et la première, étant à évolution plus rapide, comporte un pronostic relativement plus grave que la seconde.

Nul n'ignore que personne, avant M. Raymond, n'avait résumé comme il l'a fait dans ses conférences de l'hôpital de Lariboisière, publiées en volume (1), tout ce qui se rapportait au *tabes dorsalis* au point que l'histoire de cette maladie n'occupe guère moins de 300 pages de ce volume, eh bien! il complète aujourd'hui ses premiers travaux par un tableau de l'évolution générale de la maladie qui, à mon sens, fixe d'une manière définitive ce syndrome dans le cadre nosologique.

Les cinq dernières leçons sont consacrées à un cas clinique d'hémianesthésie alterne d'origine embolique ; un cas d'hémiplégie alterne sensitive de même origine ; un cas de paralysie alterne limité à la face. Ces trois leçons se complètent mutuellement pour ce qui ressort aux questions de paralysies alternes.

Enfin le maître envisage les tumeurs cérébrales et l'opportunité de leur traitement chirurgical. Ces tumeurs réfractaires au traitement médical, sauf les

(1) *Maladies du système nerveux. — Scléroses systématiques de la moelle.* — O. Doin, Paris 1894.

ommes et artério-scléroses spécifiques, semblent, en effet, ressortir à la chirurgie; mais la prudence conseille de s'en tenir aux interventions palliatives, susceptibles de diminuer la compression crânienne ou rachidienne; encore ne fera-t-on par là que retarder le dénouement fatal.

Une observation de contracture chez une extatique et une observation de timidité urinaire et de spasme uréthral avec les commentaires auxquels ont donné lieu ces deux observations terminent le livre de l'éminent professeur.

En disant que Charcot a dû en partie à ses écrits et à ses leçons son européenne réputation, on peut dire aussi que M. Raymond, avant qu'il soit longtemps, aura, lui aussi, grâce à ses travaux antérieurs, à son nouveau volume de clinique et à sa puissance de travail, des titres scientifiques qui le placeront désormais au niveau des plus célèbres professeurs des universités françaises et étrangères. Dr E. VERRIER.

REVUE DE LA PRESSE

Albuminurie gravidique; éclampsie; vomissements incoercibles; électricité galvanique; avortement provoqué; guérison. — Le Dr DANIEL publie, dans les *Archives de Gynécologie*, l'observation d'une jeune femme de 29 ans, qui a présenté de l'albuminurie gravidique vraie, étant grosse d'un mois et demi seulement. Très rapidement apparaissent des crises d'éclampsie, ce qui est tout à fait exceptionnel au début de la grossesse, puis des vomissements incoercibles. L'auteur essaie l'action des courants continus (pôles au cou et au creux épigastrique sur le trajet du pneumogastrique) et en retire un bon résultat. Trois séances dans les vingt-quatre heures, d'une durée de trente minutes, permettent de faire garder à la malade quelques cuillerées de képhir. L'état grave de la malade oblige cependant l'auteur, après consultation avec le Dr Auvard, à provoquer l'avortement.

Il dilate le col à l'aide de tiges de laminaire, puis à l'aide de tiges d'Hégar, et enfin avec des éponges préparées. Bien que la dilatation soit très accentuée, l'œuf n'est pas décollé et il est impossible de l'atteindre. Il se sert alors d'une curette et de pinces et réussit à extirper des débris de placenta, puis il extrait un œuf presque complet. Les vomissements cessent presqu'instantanément et l'urine, examinée dès le lendemain de l'évacuation de l'utérus, ne renfermait déjà plus d'albumine.

L'auteur fait suivre cette très intéressante observation des réflexions suivantes :

Les différents points de cette observation qui méritent d'être spécialement mis en relief sont les suivants :

1° L'albuminurie, fréquente pendant le dernier trimestre de la grossesse, est rare dans le premier. Le cas actuel présente un exemple des plus nets de cette albuminurie (albuminurie gravidique vraie).

2° L'éclampsie peut succéder à cette albuminurie. Or l'éclampsie est tout à fait exceptionnelle au début de la grossesse. Le fait actuel constitue un document particulièrement intéressant à cet égard.

3° Les vomissements incoercibles peuvent-ils, dans le cas actuel, être considérés comme une conséquence directe de la grossesse, ou comme une suite de l'albuminurie gravidique? La question est discutable; toutefois, au point de vue pratique, la coïncidence des vomissements et de l'albumine implique un pronostic particulièrement grave et indique une grossesse qui s'annonce sous des auspices déplorables; la thérapeutique devra en pareil cas être rapidement énergique, et l'interruption de la grossesse sera une des solutions qui, trop souvent, s'imposent de toute nécessité.

4° L'action des courants continus (pôles au cou et au creux épigastrique sur le trajet du pneumogastrique) est des plus efficaces contre les vomissements, et parmi les divers moyens préconisés contre ces vomissements, une place de faveur doit être accordée à l'électrothérapie.

5° L'avortement provoqué étant reconnu nécessaire, à quel procédé, étant donné cette période de la grossesse (2 mois), est-il préférable d'avoir recours? Les accoucheurs sont assez vagues sur ce point. A cette période de la grossesse, voici comment il nous semble préférable de procéder.

a. Application d'une ou plusieurs laminaires successives.

b. Application d'une éponge préparée.

c. Si l'avortement ne se produit pas à ce moment, bourrer le segment inférieur de l'utérus et le col avec de la gaze iodoformée.

d. Si, malgré ces trois moyens successifs, l'évacuation de l'utérus n'a pas eu lieu, ce qui s'observe avec des utérus particulièrement tolérants, saisir l'embryon avec des pinces ou le doigt recourbé en crochet; puis, à l'aide d'une curette d'assez grand modèle, détacher les villosités choriales et toutes les enveloppes de l'œuf. Terminer cette intervention par un tamponnement utéro-vaginal à la gaze iodoformée. Les débris de l'œuf qu'on a laissés dans l'utérus viennent, en général, alors qu'on enlève le tamponnement, où s'échapperont peu de temps après son ablation.

Toutes ces manœuvres dans l'utérus puerpéral, et notamment l'emploi de la curette, doivent se passer avec la plus grande douceur, sans quoi on sera exposé à des traumatismes utérins graves, voir même à la perforation de l'utérus.

6° Dès l'application de la première laminaire, l'état de la malade est en général amélioré; les cas où cette simple dilatation, sans production de fausse couche, est suffisante pour calmer les vomissements et permettre le cours ultérieur de la grossesse, s'observent de temps en temps. C'est donc là une thérapeutique qu'on pourra

tenter dans les vomissements incoercibles avant de se résoudre à l'avortement provoqué. Ce traitement, il est vrai, expose beaucoup à l'avortement, mais on peut toujours le tenter, tout en prévenant que l'avortement pourra se produire, bien qu'on essaie la guérison sans son accomplissement.

7° Aussitôt l'utérus évacué, la sécrétion urinaire redevient promptement normale, à moins qu'il n'y ait des lésions profondes et anciennes du rein. Quand le rein est peu altéré, l'albuminerie disparaît quelques heures après la cessation de l'état gravidique.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 3 mai 1897. — Présidence de M. Chatin.

Les origines des nerfs vaso-dilatateurs ; leurs centres trophiques. — M. J.-P. Morat. Les nerfs *vaso-dilatateurs* sont des nerfs *inhibiteurs* des muscles vasculaires. A ce titre et en raison de l'obscurité qui règne sur les fonctions d'arrêt du système nerveux, les faits les concernant ont pour nous l'intérêt de faits généraux.

La *localisation* des nerfs inhibiteurs vasculaires dans le *système du grand sympathique* a été démontrée, par Dastre et par moi, à l'aide d'exemples significatifs et n'est plus contestée par personne.

Ce premier point établi, nous avons recherché quelles sont les voies d'origine de ces nerfs dans les racines médullaires. Nous avons montré, par un exemple très probant, l'existence d'éléments vaso-dilatateurs dans les *racines antérieures* des nerfs dorsaux pour les vaisseaux de la face.

D'autre part, Stricker avait affirmé l'existence d'éléments vaso-dilatateurs dans les *racines postérieures* des nerfs lombaires pour le membre inférieur. J'ai confirmé la réalité de ce fait par l'emploi d'une méthode plus directe et plus probante.

En somme, *les inhibiteurs vasculaires quittent la moelle et par les racines antérieures et par les racines postérieures.* Mais il faut remarquer que cette double provenance ne se fait pas (pour les vaisseaux d'une région donnée) au même niveau, dans des racines correspondantes. J'ai montré, en effet, que les racines antérieures des nerfs lombaires ne contiennent point de dilatateurs pour le membre inférieur, et les racines postérieures dorsales point de dilatateurs pour les vaisseaux de la face. Cette région en reçoit (en plus de ceux qui lui viennent de la moelle dorsale) du nerf trijumeau qui est l'équivalent d'une racine postérieure.

Autant qu'on en peut juger par les exemples connus, la loi qui préside à la répartition des inhibiteurs vasculaires entre les racines est la suivante : ceux qui émanent des racines antérieures sont condensés vers ou dans la moelle dorsale, laquelle renferme les origines principales du grand sympathique ; ceux qui émanent les racines postérieures sortent de la moelle au niveau de ses renflements (lombaire, bulbaire) et suivent le trajet direct des nerfs sensitivo-moteurs de la région.

Il est très à remarquer également que les nerfs dilatateurs de la pupille, qui sont des nerfs inhibiteurs de l'appareil constricteur de l'iris, ont la même double origine : dans la moelle dorsale, d'une part, par les racines antérieures, et dans le trijumeau, de l'autre, au niveau du bulbe.

Mais l'origine d'un élément nerveux s'entend de deux façons différentes. Pour le physiologiste, c'est le lieu où il reçoit normalement l'excitation qui lui est destinée, soit par les appareils des sens, soit par les éléments nerveux en rapport avec lui qui la lui communiquent. Pour l'embryologiste, c'est le germe cellulaire à partir duquel le nerf a bourgeonné ses prolongements dans deux sens différents, mais à des distances généralement très inégales. Ces deux points de vue doivent être soigneusement distingués, malgré la tendance qu'on a toujours à les confondre. Le sens de l'accroissement comme de la dégénération d'un nerf est sans rapport nécessaire avec le sens de sa conduction physiologique. Cela résulte et de la connaissance du développement et des lois de Waller.

C'est ainsi que la racine postérieure, nerf de sensibilité, a son centre d'origine, son *centre trophique*, comme l'on dit, dans le ganglion spinal tandis que ses terminaisons sont l'une dans la peau, l'autre dans la moelle épinière.

Où sont les centres trophiques des nerfs inhibiteurs vasculaires ? Où sont en particulier les centres trophiques de ceux qui suivent la voie des racines postérieures ! Dans la moelle ou dans le ganglion spinal. Nous pouvons démontrer que le *centre d'accroissement de ces nerfs est dans la moelle épinière*, ce qui contribue à leur assurer une existence indépendante de celle des nerfs sensitifs qu'ils côtoient et auxquels ils n'empruntent aucune condition essentielle de leur fonctionnement.

Si, sur le chien (après avoir ouvert le canal rachidien aseptiquement), on coupe d'un côté les deux dernières racines postérieures lombaires et la première racine postérieure sacrée entre la moelle et les ganglions spinaux, qu'on referme la plaie et qu'après un délai suffisant on aille de nouveau à la recherche de ces racines pour interroger leur excitabilité, on trouve que leur bout central excité ne provoque aucune manifestation douloureuse, résultat connu depuis longtemps. Mais de plus l'excitation du bout périphérique de ces racines ne provoque plus la vaso-dilatation cutanée dans le membre correspondant. On s'assure par comparaison que la même excitation la fait apparaître du côté sain. C'est donc que les inhibiteurs vasculaires sont dégénérés périphériquement à la suite de cette section (en sens inverse par conséquent des nerfs sensitifs) et nous devons en conclure que leurs centres trophiques sont, non dans le ganglion spinal, mais plus haut, dans la moelle épinière.

Seulement cette dégénération a ceci de particulier, qu'elle est très *lente* à se produire, si lente que, dans une première série d'expériences sur ce sujet, j'avais été amené à conclure qu'elle ne se produit pas après la section des racines, au moins dans le sens que je viens d'indiquer (1). Elle est de plus très irrégulière dans le délai réclamé pour sa production. A en juger par la réaction des nerfs à l'excitation électrique, je l'ai vu manquer cinquante jours pleins après leur section, et ne se montrer que partielle ou incomplète après soixante-quatre jours. Elle s'est montrée bien complète après soixante-quatorze jours. Exceptionnellement, une fois elle était complète

(1) Voyez *France médicale*, 1892, n° 27, p. 423 : *Origines et centres trophiques des nerfs vaso-dilatateurs*, par J.-P. Morat.

près vingt-cinq jours et incomplète ou commençante près vingt et un jours.

Par des moyens purement anatomiques on a pu, dans es dernières années, suivre des fibres nerveuses dont les ellules d'origine sont dans la substance grise de la moelle t qui, en quittant celle-ci, s'engagent dans les racines ostérieures ; on les a de ce fait considérées comme des léments centrifuges. Les expériences précédentes donnent ne consécration physiologique à cette manière de voir, n même temps qu'elle renforcent la valeur du critère dopté par les anatomistes. Il reste maintenant à recher-her, par des expériences du même ordre, si, en plus des nerfs inhibiteurs vasculaires, les racines postérieures contiennent encore d'autres éléments centrifuges de fonctions différentes.

Recherches sur l'action biologique des rayons X. — MM. J. Sabrazès et P. Rivière. L'appareil dont nous avons fait usage dans nos expériences était constitué par un tube focus bianodique (de M. Seguy) excité par une puissante bobine de Ruhmkorff donnant, avec un courant d'une intensité de 6 ampères sous 16 volts, des étincelles de 35 centimètres de longueur. A l'aide de cette ampoule, on obtenait des radioscopies à une distance de 3 m. 50 et derrière une cloison en planches. Ce dispositif permettait évidemment une facile exploration des membres et du thorax.

Les objets étudiés étaient disposés à 15 centimètres environ de la source fluorescente ; on les entourait de papier noir pour les soustraire aux radiations lumineuses et on les mettait en communication métallique avec le sol.

1° *Expériences sur le* microbacillus prodigiosus. — Nous nous sommes proposé d'étudier l'action des rayons X sur un microbe particulièrement sensible aux changements survenus dans les conditions physico-chimiques de son développement et susceptible de traduire cette sensibilité par des modifications durables et d'une observation facile.

Le *microbacillus prodigiosus* répond à ces desiderata, surtout si l'on s'adresse, ainsi que nous l'avons fait, à une race éminemment chromogène.

Or si l'on cultive ce microbe à une température dysgénérique de 37°, si l'on modifie, en l'alcalinisant fortement, la réaction du milieu, si l'on diminue l'accès de l'oxygène de l'air, si l'on expose la culture aux radiations solaires, à l'action d'une substance nuisible, d'un antiseptique, par exemple, les propriétés pigmentaires s'atténuent et s'effacent progessivement, et, à la longue, bien que les colonies continuent à s'accroître, elles restent plus ou moins incolores. On sait également qu'il suffit d'acidifier par l'acide tartrique le bouillon de culture ou d'élever la température de l'étuve à 50° pour modifier profondément l'aspect des cellules microbiennes qui deviennent filamentaires et même spiralées.

Il sera donc relativement facile d'apprécier les modifications imprimées à ce microbe par la mise en jeu d'une condition biologique nouvelle ; il suffira d'examiner les oscillations du pouvoir chromogène et les variations morphologiques des cellules par rapport à des cultures témoins, dans une longue série de générations successives.

C'est ainsi que nous avons procédé.

Les cultures, d'un beau rouge carminé, étaient prélevées sur gélose et déposées, sous forme d'un petit amas acuminé, au centre d'un verre de montre stérilisé enveloppé de papier noir. Les rayons X s'exerçaient directement, à travers le papier, sur la semence, la cavité du verre de montre étant placée en regard de l'ampoule (1).

Nous opérions exactement de la même façon à l'aide d'une culture témoin, sauf que le verre de montre recouvert de papier noir était maintenu à l'abri des rayons X.

Quotidiennement, pendant vingt jours, nous avons fait agir les rayons X. une heure durant, sur ce microbe ; il était, immédiatement après, reporté sur gélose et les cultures en retour servaient, l'une après l'autre, à continuer l'expérience.

De même, on réensemençait tous les jours et dans des conditions identiques la culture témoin.

Malgré la puissance de notre ampoule, le nombre des passages et la durée d'exposition aux rayons X, nous n'avons constaté aucune modification appréciable du *microbacillus prodigiosus* ni dans ses propriétés chromogènes, ni dans ses caractères morphologiques, ni dans sa végétabilité. *Ce microbe s'est montré indifférent aux radiations de Röntgen.*

2° *Expériences sur les leucocytes.* — Deux grenouilles, ayant autant que possible le même volume, sont fixées sur le liège à la manière ordinaire.

Après cautérisation au thermocautère, pour éviter toute hémorrhagie d'un point des téguments choisi au niveau de la partie moyenne de l'abdomen, on introduit dans la cavité péritonéale, par l'ouverture ainsi faite, un tube effilé, lavé préalablement avec une culture de microbes fournissant des produits à chimiotaxie positive.

On expose l'une des grenouilles aux rayons X après avoir pris les précautions mentionnées plus haut. L'autre, qui sert de témoin, est soustraite à l'influence des radiations par une enceinte métallique.

On laisse l'expérience en cours pendant plusieurs heures et l'on récolte, au bout de ce temps, le liquide qui a transsudé dans les tubes. On numère les leucocytes existant dans la lymphe ainsi récoltée et l'on étudie au microscope les éléments figurés qu'elle tient en suspension afin de se rendre compte des phénomènes phagocytaires.

Or, de nombreuses expériences ainsi conduites la conclusion qui découle est que les rayons X ne gênent nullement l'afflux des globules blancs : leur nombre est sensiblement le même dans les deux cas et la phagocytose s'exerce également. Dans quelques expériences même, la quantité de lymphe émanée des grenouilles soumises aux rayons X était un peu plus grande, dans les petits tubes laissés à demeure, que celle obtenue avec les témoins.

3° *Action des rayons X sur le cœur.* — Quelques observateurs ont constaté sur l'homme des troubles cardiaques à la suite de l'application des rayons X. Il nous a paru intéressant de rechercher si le cœur des animaux à sang froid était exposé aux mêmes troubles sous la même influence.

Les tracés du cœur d'une grenouille placée au-dessous d'une source intense des rayons X nous ont montré que le rythme de cet organe n'était pas modifié dans ses périodes, même après une exposition de plus d'une heure.

(1) Les colonies de ce microbe, quelle que soit leur épaisseur, sont perméables aux rayons de Rœntgen.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 mai 1897. — Présidence de M. Caventou.

Œdème aigu du poumon. — M. Renaut (de Lyon). Dans l'œdème aigu du poumon, la coupe donne une sérosité translucide, légèrement rosée, mais sans une goutte de sang; on ne trouve pas un seul capillaire donnant une goutte de sang, tout est exsangue ; les alvéoles sont remplis de liquide et de globules blancs, sur plusieurs points les alvéoles ont cédé et l'exsudat est, pour ainsi dire, continu ; les parois alvéolaires sont absolument exsangues, les vaisseaux étant complètement aplatis.

L'œdème aigu du poumon donne les mêmes phénomènes que certains cas d'œdèmes aigus avec pression. Il y a un départ immodéré de globules blancs et, d'un autre côté, il n'y a pas de circulation dans le poumon.

L'anatomie pathologique vient absolument à l'appui de la théorie pathogénique qui a été formulée par M. Huchard ; il y a là une action vaso-motrice très intense.

Au point de vue clinique, je ne suis pas disposé à faire de l'œdème congestif un accident indissolublement lié au brightisme, comme l'a fait M. Dieulafoy. Une série d'obvervations, qui ont servi de point de départ à mes premières recherches, étaient toutes extra-brightiques, pour ainsi dire ; dans toutes, le malade n'était pas brightique, mais il était artériel.

L'œdème aigu du poumon est donc une entité morbide qu'on ne saurait en rien rattacher au brightisme, mais qu'on peut rattacher à l'artério-sclérose.

M. Landouzy. Je me suis fait inscrire pour montrer que, si parfois le rein peut intervenir, il y a un grand nombre de faits dans lesquels les maladies du rein n'ont rien à voir. Ce sont les aortiques qui sont principalement exposés à l'œdème aigu du poumon. M. Landouzy cite deux faits à l'appui de cette opinion.

M. Brouardel. On pourrait tirer des discours de MM. Renaut et Landouzy des conclusions qui ne seraient pas en rapport avec la généralité des faits. Ce que j'ai voulu indiquer, pour ma part, c'est la fréquence de la mort subite dans les cas d'œdème aigu des poumons ; or, tous les individus que j'ai vus dans ce cas étaient des rénaux. Je sais bien qu'il y a un autre élément. Un individu pris dans un éboulement est porté à l'hôpital ; dans la journée, on n'a aucune inquiétude pour lui ; la nuit il succombe à l'œdème aigu du poumon : c'était un rénal, mais c'était aussi, il est vrai, un alcoolique. Il peut y avoir un œdème aigu du poumon justiciable uniquement du pneumo-gastrique ; dans les trois quarts des cas que j'ai vus à la Morgue, les individus étaient des rénaux. Au point de vue médico-légal, dans la plupart des cas les malades qui succombent à l'œdème aigu du poumon ont le petit rein rétracté. Les malades de MM. Renaut et Landouzy étaient des artério-scléreux, mais il n'est pas démontré qu'ils étaient indemnes du côté des reins.

M. Landouzy. Il est évident que le type que vient de décrire M. Brouardel est légion, mais il est toute une catégorie d'individus qui font de l'œdème aigu du poumon après une émotion ou un traumatisme quelconque et sans qu'il y ait rien du côté des reins; il y a des aortiques qui, sans lésion des reins, sont menacés d'œdème aigu du poumon.

M. Renaut. De tous les malades, les rénaux sont assurément les plus exposés à l'œdème pulmonaire, mais à un œdème lent. L'œdème aigu du poumon peut se produire chez les Brightiques, mais il peut également se produire chez les non Brightiques : il peut succéder à un coup de froid. Les rénaux arrivent constamment à un état d'œdème lent du poumon, d'œdème en quelque sorte latent. Dans ce cas, si l'on ausculte, on trouve presque constamment à la base des rales d'œdème ; sous l'influence d'un coup de froid, cet œdème monte, mais il monte lentement.

M. Brouardel. M. Renaut dit que dans le Brightisme l'œdème du poumon monte lentement or j'ai cité le cas d'un terrassier Brightique. qui est mort en moins de 4 heures d'un œdème aigu du poumon.

Appendicite. — M. Dieulafoy. Je me suis montré aussi absolu dans mes conclusions que dans mes convictions, et je ne le regrette pas. M. Dumontpallier également s'est montré absolu, mais nos opinions sont absolument opposées. M. Dumontpallier me reproche d'avoir contribué un peu trop à faire disparaître la typhlite pour la remplacer par l'appendicite. Personne n'a l'intention de rayer définitivement du cadre nosologique la typhlite, nul ne songe à dire qu'il n'y a pas une typhlite, comme il y a des colites, mais ce qui n'existe pas, c'est la typhlite dite stercorale avec engouement du cœcum. Cette typhlite n'existe pas parce que les chirurgiens qui ont opéré dans ce cas n'ont pas trouvé de lésion du cæcum ; dans quelques cas on a trouvé une ulcération avec perforation du cæcum, mais ces lésions étaient consécutives à l'appendicite. Les typhlites pas plus que les entérites ou les entérocolytes, n'arrivent à perforer l'intestin. L'ancienne typhlite, la typhlite stercorale avec engouement, n'est jamais accompagnée de périty phlite et de lésions péritonéales.

Depuis quinze à dix-huit mois, j'ai vu trente-cinq cas d'appendicite, j'ai suivi les malades ; mes collègues en chirurgie me permettront donc de prendre aujourd'hui la parole. M. Dumontpallier nous dit : c'est un tort d'affoler ainsi les familles et de vouloir quand même faire opérer les périty phlites ; nous guérissons, dit-il, 90 malades sur 100 avec le cataplasme et la vessie de glace, avec ou sans sangsues. M. Dumontpallier préconise le traitement médical et s'insurge contre le traitement chirurgical.

M. Dieulafoy rapporte avec détails six observations de malades qui ont été guéris par l'opération et chez lesquels le traitement médical n'aurait servi à rien. On nous dira : nous ne repoussons pas l'intervention chirurgicale, mais nous la réservons pour certains cas spéciaux. Il n'y a pas de cas spéciaux ; l'appendicite est une et indivisible. Souvent la température est presque normale, il n'y a pas de péritonite appendiculaire ; la classification des appendicites serait à peine admissible au point de vue anatomo-pathologique, mais au point de vue clinique, toute classification est absolument impossible.

Ainsi dans l'appendicite vraie, le traitement médical est absolument insuffisant ; ce qu'il faut, c'est le traitement chirurgical, et il faut le faire en temps opportun.

M. Dumontpallier. Je ne discute pas l'existence de l'appendicite, ni la nécessité d'intervenir chirurgicalement dans certains cas, mais l'intervention a été trop souvent préconisée. Si, sur 40.000 observations, il y a 90 0/0 de guérison, cela prouve qu'il y a bien des cas dans lesquels on peut ne pas intervenir.

Du redressement brusque de la gibbosité dans le mal de Pott. — M. V. Ménard (de Berck). — Le procédé du redres-

nt brusque de la gibbosité dans le mal de Pott a été qué, jusqu'ici, d'une manière empirique et les obser- ns cliniques sont encore incomplètes.

i exécuté, *post mortem*, le redressement brusque sui- la technique indiquée.

mes expériences il résulte qu'une caverne haute de 6 centimètres, remplie de débris tuberculeux, se ve substituée au plan de séparation au niveau duquel eux segments du rachis étaient inclinés l'un sur l'autre.

réparation de cette caverne ne pourra se faire par un sseux, car sur les pièces anatomiques appartenant à ue période du mal de Pott, on ne peut en aucun cas ver une preuve de la production d'os nouveau, ni sous érioste, ni dans l'intervalle des vertèbres malades.

soudure osseuse ne se fait pas ou reste très incom- e avec la gibbosité.

gibbosité redressée, l'absence de production d'os veau conduit à cette conclusion : la caverne, créée par al osseux. Il s'en suit que la gibbosité se reproduira.

e médecin Charaka ; le serment d'Hippocrate et erment des médecins hindous. — M. Liétard. D'après versions chinoises de contes indiens récemment tra- s par M. Sylvain Lévi, professeur de sanscrit à Paris, le bre médecin hindou Charaka, auteur d'un grand traité médecine aujourd'hui en voie de traduction, mais sur uel on ne possédait jusqu'alors aucun renseignement, t le médecin particulier d'un roi Indo-scythe, Kanishka. oi vivait au premier siècle de notre ère.

r, l'ouvrage de Charaka, dont le système médical est itique à celui des livres hippocratiques, renferme un oitre de déontologie dont une des parties les plus inté- antes reproduit le texte d'un serment médical profes- nel. Ce texte, postérieur de quatre siècles au moins au nent d'Hippocrate, ne présente pas seulement avec celui- es ressemblances d'idées et de sentiments, mais on y ive, dans plusieurs passages, jusqu'à la synonimie cte des expressions employées. Il est difficile, dès lors, se soustraire à l'idée que le serment hippocratique et ui des médecins hindous eurent une commune origine.

5 heures, l'Académie se réunit ensuite en comité ret pour entendre la lecture du rapport de M. Fernet sur titres des candidats à la place vacante dans la section pathologie médicale (en remplacement de M. Straus).

oici l'ordre de classement : 1re ligne, M. Rendu ; 2e ligne : Joffroy ; 3e ligne : M. Troisier ; 4e ligne : (*ex æquo*) . Chauffard, Gaucher, Marie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 7 mai 1897. — Présidence de M. Debove.

e bleu de méthylène dans le traitement du diabète. M. Perre Marie rapporte l'observation d'un homme âgé 48 ans, diabétique depuis huit ans, dont le taux glyco- rique était assez élevé (de 38 à 48 grammes par litre) au- el il a administré, pendant quinze jours consécutifs, r. 20 de bleu de méthylène à l'intérieur, et chez lequel, cours et à la suite de cette médication, le sucre a rapi- ment diminué, puis disparu. M. Marie ne tire aucune nclusion générale de ce fait, d'abord parce qu'un fait ique n'en comporte pas, ensuite parce que, concurrem- ment avec l'administration du bleu de méthylène, on introduisit, dans le régime alimentaire du malade, des modifications auxquelles on pourrait rapporter une grande partie du résultat obtenu. Ce qui a engagé M. Marie à faire cet essai, ça été l'action très nette du bleu de méthylène sur la glucose, *in vitro*.

M. Marie a donné le médicament en capsules de 0,15 centigrammes chaque, en lui associant un peu de poudre de noix muscade pour éviter une action irritante possible sur la vessie.

M. Marie communique ensuite, en son nom et au nom de M. Le Goff, un procédé simple de *dosage du sucre dans le sang par le bleu de méthylène*.

De l'ostéomyélite consécutive aux suppurations des voies respiratoires. — M. E. Jeanselme. Nous ne possédons encore aucune donnée précise sur l'ostéomyélite consécutive aux lésions de l'arbre aérien. Dans deux observations que j'ai eu l'occasion de recueillir, les particularités les plus intéressantes ont été les suivantes :

1° Dans un cas (homme de 27 ans mort de bronchopneumonie gangréneuse au cours d'une affection ulcéreuse chronique non tuberculeuse d'un poumon) on constatait une localisation systématique et presque exclusive des foyers métastatiques sur le tissu osseux ;

2° Toutes les déterminations à distance étaient directement commandées par la lésion pulmonaire, car toutes le espèces bactériennes rencontrées dans les diverses localisations de l'ostéomyélite existaient aussi dans les ectasies bronchiques. Les associations microbiennes variaient d'un foyer à l'autre, ce qui prouve leur indépendance réciproque ;

3° L'un des deux cas, tout au moins, était justiciable d'une intervention chirurgicale et démontre une fois de plus que tout foyer purulent qui se vide mal doit être drainé ou largement ouvert.

Les applications locales de salicylate de méthyle dans le traitement du rhumatisme. — M. G.-H. Lemoine. Mettant à profit le résultat des expériences de Linossier et Lannois sur l'absorption cutanée du salicylate de méthyle, j'ai appliqué ce médicament dans un certain nombre de cas de rhumatisme articulaire aigu et chronique et dans un cas de sciatique. L'action thérapeutique du salicylate de méthyle a été, dans ces cas, identique à celle du salicylate de soude administré à l'intérieur. L'absorption au niveau de la peau est aussi régulière que celle qui se produit dans le tube digestif. Le taux d'acide salicylique trouvé dans les urines à la suite d'application de salicylate de méthyle est le même que celui trouvé après l'administration du salicylate de soude à doses égales. Mais l'usage du premier de ces médicaments à une supériorité incontestable sur le second en ce que les applications de salicylate de méthyle semblent agir beaucoup plus rapidement sur l'élément douloureux. De plus, les symptômes d'intolérance sont tout à fait exceptionnels. On n'observe ici ni bourdonnements d'oreille, ni vertige, ni étourdissement, comme cela s'observe encore assez souvent avec le salicylate de soude — ce qui paraît devoir faire attribuer ces accidents, du moins en grande partie, à l'action irritante du salicylate de soude sur l'estomac. Enfin, le salicylate de méthyle, appliqué sur la peau, a une action encore plus manifeste sur les accidents chroniques du rhumatisme et sur les névralgies.

On fait usage, en général, de l'essence de Wintergreen

à la dose de 8 à 10 gr. Cette essence contient 40 p. 100 de salicylate de méthyle.

Le mode d'application est très important si on veut tirer de ce médicament tout l'effet utile. On verse sur un carré de tarlatane non apprêtée la quantité voulue d'essence. Celui-ci est appliqué ainsi imbibé sur la peau et on a soin de le recouvrir d'une toile imperméable de façon que celle-ci fasse complètement le tour du membre et dépasse en haut et en bas le carré de tarlatane ; on applique ensuite une bande en fermant le pansement le plus hermétiquement possible. Si l'occlusion n'est pas complète, l'absorption est diminuée d'une façon considérable, car la surface pulmonaire paraît incapable de suppléer à l'absorption cutanée.

On choisit, en général, le point douloureux pour y appliquer le pansement. Mais cela n'est pas nécessaire, et dans les cas où la région ne permet pas le pansement occlusif complet, mieux vaut répandre l'essence sur une région présentant une large surface cutanée, comme la partie moyenne de la cuisse ou la région de l'avant-bras ; le but principal à atteindre étant de provoquer une rapide absorption du salicylate de méthyle.

En résumé, l'emploi de badigeonnages de salicylate de méthyle dans le traitement du rhumatisme paraît avoir la même influence que l'ingestion du salicylate de soude. Cette médication externe n'est pas supérieure à la médication interne si on considère l'influence exercée par chacune d'elles sur l'évolution du rhumatisme articulaire aigu ; mais l'absence presque complète des accidents d'intolérance, la diminution plus rapide de l'élément douleur, semblent devoir faire donner la préférence à l'usage du salicylate de méthyle en badigeonnages, surtout dans les cas où l'état du malade oblige à ménager le tube digestif.

Erratum. — Dans la communication de MM. Achard et Castaigne, sur le diagnostic de la perméabilité rénale, au lieu de 0,25 centigr. de bleu de méthylène pour l'injection, lire 0,05 centigr. Autrement dit injecter 1 centimètre cube d'une solution de bleu au 20e.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 8 mai 1897. — Présidence de M. Bouloumié.

Après séance en comité secret du conseil d'administration, la séance est ouverte à 4 h. 1/2.

Le procès-verbal est lu et adopté.

A propos du procès-verbal s'engage la discussion suivante :

M. Frémont. — Je n'ai pas lu sans émoi les propositions formulées dans la dernière séance relativement à la propagation de la tuberculose. Cette question est tout entière à revoir. Des expériences nouvelles de mon ami le Dr Lesage établissent péremptoirement que le bacille desséché et privé de l'élément graisseux qui lui sert de ciment se désagrège et perd toute virulence. Nous ne pouvons donc nous associer aux terreurs exprimées par les contagionnistes outranciers qui redoutent les poussières sèches, pas plus qu'aux conseils qui ont été donnés d'arroser lesdites poussières, ce qui accroîtrait au contraire leur danger.

M. Armaingaud. — Il faudrait pourtant s'entendre, pour MM. Frémont et Lesage le danger cesse quand les crachats se dessèchent ; pour nous, nous pensons qu'il n'existe tant qu'ils sont humides ; qu'est-ce à dire ? La tubercul n'est plus contagieuse et la science moderne, qui croi pouvoir s'appuyer sur les expériences de Villemin et Koch, s'est-elle donc trompée ?

M. Morau. — Alors que je travaillais avec Déjerine laboratoire de M. Germain Sée, nous prîmes une gra quantité de crachats, que nous fîmes dessécher à 100° façon à en faire une poussière impalpable. On dispo cette poussière dans des cages à lapins, où elle était inc samment agitée grâce à un dispositif spécial. Nos lap moururent toujours et rapidement de tuberculose, mais jour qu'un élève du laboratoire M. B..., maniait le bo plein de la poussière des crachats, ce bocal, qui en renf mait plus d'un kilog., tomba et se brisa. « Sauvons-nou cria M. Bochefontaine, qui était présent. Le conseil fut s vi par nous tous, sauf par M. B..., jeune externe fort sc tique, qui non seulement resta dans la pièce, mais se en devoir de ramasser le produit répandu à terre. M. B... mourut deux mois après de phtisie pulmonai et j'affirme, non seulement qu'il n'était pas tubercul avant cette circonstance fatale, mais que ses antécéde familiaux étaient absolument exempts de toute tare cette nature.

M. Bouloumié. — Les travaux de M. Lesage ne nous s point connus ; ils n'ont pas encore été publiés ; il se évidemment prématuré d'entrer dans la voie où notre c lègue voudrait nous engager, quand nous avons par dev nous la masse énorme de faits positifs sur lesquels n avons l'an dernier établi solidement les conclusions notre rapport. N'eussions-nous que le fait si cruellem concluant que M. Morau vient de nous rapporter, n resterions fermement attachés à la doctrine contag niste.

Correspondance manuscrite. — Lettre de M. Vigier rem ciant la société de l'avoir nommé membre associé résida Lettres de MM. Brossard et Apostoli, s'excusant de pouvoir assister à la séance.

La société a reçu les ouvrages suivants, outre les jo naux et revues habituels : *Thrombose et placenta marg* par M. le prof. Delore (de Lyon) membre correspond 2° *Traitement des maladies du pharynx à Cauterets*, M. Bouyer, membre correspondant national ; 3° *L'emp sème sub-cutané aigu généralisé*, par M. Mello Barreto, Saint-Paul (Brésil), membre correspondant étranger ; 4° *F mulaire hypodermique*, par MM. Mousnier et Boisson ; 5° *vérité sur le monopole de l'alcool*, par M. Sachs.

M. le Président. Dans la douloureuse catastrophe vient d'épouvanter Paris, le corps médical a payé un b dur tribut Un de nos collègues, M. Picqué, a perdu une so qu'il chérissait. Que tous nos confrères si cruellem éprouvés reçoivent ici les condoléances de la Société médecine de Paris ! Votre président se chargera d'a lui-même voir M. Picqué, pour lui exprimer la sympat que compassion de ses collègues.

J'ai l'honneur de saluer MM. Bouyer et Frédet nos me bres correspondants, qui assistent à la séance.

M. Bouloumié présente un appareil électrique transp table, construit par MM. Becker et Zunz, qui lui paraît voir être très utile aux praticiens. C'est à ce titre qu'i montre à la Société.

Il se compose de six accumulateurs ayant chacun capacité unitaire de 20 (vingt) ampères-heure.

avant de la batterie se trouvent deux coupleurs d'une
uvre des plus simples, permettant de grouper ces
éments de telle façon qu'ils peuvent se transformer :
n un seul accumulateur ayant une capacité unitaire
0 ampères-heure sous une force électromotrice de
s permettant d'actionner soit un CAUTÈRE ORDINAIRE soit
pareil d'induction ;
en deux accumulateurs ayant chacun une capacité
ire de 60 ampères-heure sous une force électromotrice
volts permettant de porter *à l'incandescence* UNE ANSE ;
en trois accumulateurs ayant chacun une capacité
ire de 40 ampères-heure sous une force électromotrice
volts permettant :
D'*alimenter une bobine d'induction de 15 à 20 centi-*
s d'étincelles pouvant servir à toutes les expériences
s rayons X.
D'*éclairer des lampes* à bas voltage ;
en six accumulateurs tous groupés en tension et don-
12 volts permettant l'*usage des lampes et des moteurs.*
ns toutes ces combinaisons, un rhéostat permet de
uer le courant *pour le cautère*, un autre permet de
uer le courant *pour la lumière.*
outre l'appareil est construit de telle façon qu'il ne
e pas de courant aux bornes « Cautère » au delà de
lts, ce qui garantit le galvano-cautère contre la com-
ion.
Deux prises de courant placées sur le couvercle de la
permettent d'employer cet appareil pour les courants
inus. Il remplace dans ce cas avantageusement les
(12 piles) car le courant fourni par l'accumulateur est
e constance absolue. Un graduateur à 24 touches per-
de régler avec une grande facilité l'intensité du cou-
employé.
ux bornes « lumière » et « moteur » on peut disposer
ous les voltages, mais les bornes « lumière » sont les
es sur lequel agit le rhéostat de lumière.
convient en outre de remarquer que dans tous les cas,
les éléments travaillent ensemble de telle sorte que
ne fatigue pas, comme dans les appareils précédents,
ou moins les accumulateurs.
n outre, impossible de se tromper dans le couplage. Il
it de placer chaque aiguille de chacun des coupleurs
ant le chiffre indiqué pour avoir mécaniquement *de*
'e, le voltage nécessaire.

M. MORAU lit un **rapport sur les travaux de M. Buret**, didat au titulariat. (*Sera publié.*)

es conclusions favorables du rapport sont mises aux x et adoptées, le vote aura lieu dans la prochaine nce.

M. DUBUC. Beaucoup de travaux de notre candidat ont it à l'antiquité de la syphilis; permettez-moi de rester t sceptique à cet égard, j'estime qu'aucune preuve pé-nptoire n'a été apportée que la syphilis existât avant la couverte de l'Amérique.

M. JULLIEN. L'historique de la syphilis a passé par un cer-n nombre de phases caractéristiques. Avec Astruc s'est ffiée l'opinion de l'origine américaine. On lisait dans les teurs de la fin du XV^e^ siècle, les premières observations mal français, les expressions caractéristiques de *mobius ous*, *inauditus*, et l'on en concluait que leurs prédéces-urs n'avaient certainement pas observé cette maladie. ait, du reste, la confirmation, ou plutôt la conclusion s légendes erronées, propagées dans le XVI^e^ siècle par les Espagnols tout intéressés à noircir les pauvres indi-gènes qu'ils étaient en train d'exterminer sur les bûchers et les chevalets. N'allaient-ils pas jusqu'à dire que les femmes indiennes faisaient mordre les organes génitaux de leurs maris par un animal immonde, et que la vérole dérivait de cette pratique vengeresse?

Ricord et son école, Fournier, Rollet adoptèrent l'opi-nion d'Astruc. Mais une réaction ne tarda pas à se pro-duire avec Rosembaum et Lancereaux. On fouilla les textes, on scruta les littératures romaine et grecque et l'évidence frappa tous les yeux d'une syphilis régnant aux temps de César, et plus anciennement encore à l'époque des vieilles annales contées par Hérodote. M. Buret est venu à son tour qui a grossi d'un beau contingent les cita-tions relevées par ses prédécesseurs, et a insisté particuliè-rement dans un de ses ouvrages sur la syphilis à Ninive et dans les pays orientaux. Il n'y avait plus de doute, le vieux monde avait dû compter avec la syphilis.

Plus on s'appliquait à cette intéressante question plus l'ancienneté du mal reculait. La découverte de la station de Solutré apporta la révélation d'une *syphilis préhisto-rique* facile à lire sur les tibias et sur les crânes de nos premiers parents, et bientôt les cavernes de la Lozère livrèrent à Parrot de nouveaux secrets.

Les pauvres Indiens étaient vengés, et l'opinion fut pendant quelque temps qu'en fait de syphilis, ils en avaient plus reçu que donné, que les compagnons de Colomb leur avaient fait ce triste cadeau. Mais une nouvelle ère s'ou-vrit avec les travaux de nos confrères américains qui, eux aussi, interrogèrent les grottes et les ossements de leur pays, et à Chicago, et dans la vallée du Mississipi, et ne tardèrent pas à y déceler les traces du fatal virus. La *syphilis précolombienne en Amérique* marque la dernière étape de ce passionnant problème. Jourdanet, Nevis Hyde, Ashmead lui ont attaché leurs noms. Ce dernier va même jusqu'à affirmer que le mal est connu de tous temps de certaines peuplades habitant au nord de la Bolivie, les Aymaras, qui, de tous temps aussi, font usage du mer-cure, et même traitent par ce remède le seul animal connu qui serait susceptible de contracter la syphilis, l'alpacas. Mais sur ce dernier point on comprendra mes réserves.

Concluons donc que la syphilis est de tous les temps et de tous les lieux ; son origine nous échappe comme celle de la variole, de la scarlatine et de la plupart des maladies. Mais qu'importe ? que Sardanapale l'ait connu, non moins qu'Alcibiade et les grands licencieux dont l'histoire nous a légué le souvenir, c'est aujourd'hui une notion très sûre, et nous n'oublierons pas la part très importante prise dans ce concours de toutes les érudition par notre vail-lant candidat, M. Buret.

M. DUBUC. Vous n'empêcherez pas, cependant, qu'il y ait eu, à une certaine époque, une maladie nouvelle, ou une recrudescence spécialement grave ; tous les auteurs l'attestent, et la découverte du traitement mercuriel à cette époque est, ce me semble, un argument caractéristi-que. Qu'y a-t-il donc au moment du retour de Colomb ?

M. BOULOUMIÉ. Il est de notoriété en médecine militaire que la syphilis s'aggrave du midi au nord, et s'atténue du nord au midi. Ne serait-ce pas là l'explication de l'épidé-mie du XV^e^ siècle?

M. JULLIEN. Rappelons-nous l'état de l'Europe à cette fin de siècle ; et le siège de Naples par les Français, et l'expul-

sion des Maures de Grenade, et le licencement des grandes compagnies, et l'émotion causée par le retour de Colomb et de ses compagnons. Il s'agit d'une époque troublée, sans contredit, et précisément à l'heure où l'ignorance de toutes les hygiènes faisait de ces bouleversements un danger public. Ne voyons-nous pas aujourd'hui une guerre, une exposition amener une recrudescence dans les fléaux de la santé générale ? Notre collègue M. Mauriac l'a démontré, pour le chancre mou, qui certainement a compté à l'origine parmi les méfaits attribués au mal français. C'est dans ces circonstances exceptionnelles qu'il faut trouver les facteurs de l'explosion épidémique qui marqua si cruellement le commencement du XVIe siècle.

M. Voisin rappelle que la syphilis est universellement répandue parmi les arabes, qui eux vraisemblablement n'ont point connu la grande épidémie historique.

A propos du traitement de certaines formes d'albuminurie par le débridement de la capsule rénale et la ponction du rein (2e communication). — M. A. Guépin. Appelé par un de nos confrères, M. le Dr Dluski, auprès d'une de ses malades, jeune fille de 19 ans, chez qui j'avais, il y a près de deux ans, reconnu l'existence d'une pyélonéphrite gauche, l'intervention proposée à cette époque fut acceptée par la famille. J'abordais le rein par la voie lombaire, au moyen d'une incision oblique presque transversale et l'organe mis à nu, je pus constater par la vue et par le toucher son intégrité apparente absolue. Néanmoins, il me parut imprudent de ne tenter qu'une intervention incomplète, telle que le débridement capsulaire, et je fendis largement l'organe sur son bord convexe. On vit alors dans sa substance quelques petits foyers caséeux qui furent détergés, grattés et tamponnés. Les suites de l'opération ont été en tout excellentes, et aujourd'hui — deux mois après — il persiste seulement une fistule lombaire donnant issue à certaine quantité d'urine et à quelques gouttes de pus. On est même autorisé à espérer encore l'oblitération spontanée du trajet fistulaire.

Si je rappelle ce fait, qui n'offre rien de bien particulier, c'est que je crois dans la circonstance avoir préféré avec raison au débridement capsulaire, associé ou non à la ponction du rein, une néphrotomie typique ; celle-ci a permis de constater l'existence des lésions prévues et de leur opposer de suite le traitement qu'elles nécessitaient. Le résultat obtenu me paraît en fournir la démonstration.

Un dernier mot : le confrère compétent chargé de l'examen bactériologique, tout en affirmant la nature tuberculeuse du cas, ne m'a point envoyé une réponse catégorique sur la présence ou l'absence des bacilles de Koch.

M. Dubuc demande quelle est suivant l'auteur l'origine de cette tuberculose.

M. Guépin. Je pense qu'il s'agissait d'une tuberculose primitive.

M. Martha pense qu'il y a beaucoup d'audace à ouvrir le rein pour aller à la découverte des foyers caséeux, et qu'un tel procédé ne serait pas à recommander au commun des praticiens.

M. Bouloumié cite des cas où des ponctions, et des interventions diverses sur des foyers tuberculeux ont amené de solides guérisons ; il remercie M. Guépin, et l'engage à communiquer à la Société ce résultat ultérieur et définitif de son opération.

La séance est levée à 6 heures. Le Conseil d'administration se réunit ensuite en comité secret. Mouzon.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE LARYNGOLOGIE OTOLOGIE ET RHINOLOGIE
(SESSION DE 1897).

La médecine légale dans les affections du larynx, nez et des oreilles, par A. Castex. — 1° *Oreille.* — Il impo d'établir l'unité acoumétrique, non sans tenir compte fatigues transitoires de l'ouïe et des fausses surdités.

Certaines anomalies plus ou moins décrites font enco rir des responsabilités dans les interventions chirurgica (par rapport au nerf facial notamment). De même les terventions incomplètes (incision de Wilde), ou septiq (percement du lobule par les bijoutiers).

Les ébranlements par la voie osseuse rompent la me brane tympanique à la périphérie ; au contraire, les ébr lements par voie aérienne la rompent vers son centre (C radi). Les perforations traumatiques se caractérisent leurs bords ecchymosés (Politzer).

Le métier de plongeur doit être interdit aux homm qui ont de l'obstruction tubaire ou de l'atrophie de la me brane (Koch).

La névrose traumatique peut se compliquer de surd ou d'hyperacousie, avec bourdonnements dans les de cas. Ces troubles sont temporaires, en général. Les cont minations syphilitiques dans les examens médicaux so rares.

Chez les pendus on trouve les ruptures de la membra des ecchymoses ou hémorragies dans la caisse et le condu auditif. Les lésions peuvent servir à établir que le suje été pendu *vivant* (Lannois).

Les explosions de dynamite déterminent, aux oreill des ruptures tympaniques surtout en arrière, ou des bou donnements et vertiges, selon que la victime est plus moins près de l'explosif (Verdos, Castex).

Dans l'infanticide, la constatation d'air ou de liquide a niotique dans la caisse établit que l'enfant à respiré (sig de Wreden).

Dans le service actif des chemins de fer, il y aurait li de diminuer l'acuité de certains signaux (Grazzi). Le p tard est le plus utile de tous. Les chauffeurs et méca ciens ne devraient être admis qu'avec une ouïe *presq* normale et entendre la voix chuchotée à un mètre moins (Zwaardemaker).

Pour le service des téléphones, quatre mètres d'auditi au chuchotement sont nécessaires pour que la conversati soit intégralement perçue (Zwaardemaker).

En matière d'assurance sur la vie, l'otorrhée chroniq et la maladie de Ménière sont les seules qui rendent le ri que inacceptable. En matière d'assurance contre les acc dents, la sclérose tympanique préexistante exonère so vent l'assureur.

Le sourd-muet jouit en France, depuis la Révolution, l'entière capacité civile.

Pour le service militaire, sont déclarés propres au se vice ceux qui ont une affection curable, et impropres ce qui n'entendent ni la voix, ni le diapason, de même que l sourds-muets ;

2° *Nez.* — Le rhinologiste a son rôle dans les expertis médico-légales, notamment pour les anosmies supposé accidentelles.

La douche de Weber, la cocaïne, le bromure d'éthyle e gagent plus ou moins notre responsabilité.

contaminations syphilitiques au nez sont rares.
difformités graves du nez, les polypes fibreux, l'ozène
inent l'exemption du service militaire.
Larynx. — Les fractures du larynx portent principa-
t sur le thyroïde. On les rencontre surtout à l'âge
n de la vie. Leur symptomatologie est assez directe.
blitération respiratoire mortelle peut être due : à des
alimentaires trop gros ou dévoyés, aux vomissements
nt dans le larynx, à des étouffements involontaires
ants par de grandes personnes couchées à côté d'eux,
pertrophie du thymus (Brouardel). Quelques-unes de
morts subites relèvent du mécanisme de l'inhibition.
mort peut compliquer le tubage.
s effets de l'iodisme au larynx sont à surveiller.
grossesse peut accroître les tumeurs du larynx.
ns la strangulation, qu'elle soit produite par les mains
ar un lien, l'inhibition joue un rôle important. Des
ts peuvent être étouffés par l'enroulement du cordon
ilical autour de leur cou.
suffocation est souvent produite par un corps étranger
duit dans l'arrière-bouche. Elle est un procédé très
ent d'infanticide (Tardieu). L'expert doit fendre large-
t les joues pour fouiller l'arrière-bouche.
ns la pendaison, la striction des voies aériennes agit
que l'inhibition qui n'est pas sans effet. Le lien agit
dessus du larynx et l'occlusion est due au refoulement
a base de la langue contre la paroi extérieure du pha-
x.
se produit des fractures indirectes des grandes cornes
os hyoïde et du cartilage thyroïde.
ans la submersion l'abolition des réflexes laisse la glotte
défense. La constatation du liquide dans la caisse du
pan donne à penser que la submersion s'est effectuée
dant la vie.
es explosions de machines à vapeur produisent des
yctènes. Dans les explosions de grisou, ce sont des
érations laryngo-trachéales. Il n'y a guère de brûlures
c la dynamite.
es contaminations syphilitiques portent surtout sur les
ygdales.
ans les contestations entre artistes et directeurs on ne
t que s'en remettre le plus souvent à la conscience des
miers.
es principaux cas qui rendent impropre au service
litaire, sont : le mutisme, les perforations palatines, les
yngites et aphonies qui ont résisté au traitement.
En somme : Notre responsabilité est en cause surtout dans
interventions opératoires ; qu'il y ait anomalie anato-
que, qu'il y ait faute de désinfection ou autre, notre
le s'affirme, grâce à nos procédés spéciaux d'investiga-
n, pour l'admission dans certaines administrations dont
pend la sécurité du public et pour dévoiler maintes
nulations. C'est rarement au criminel, mais presque tou-
urs au civil que nous avons à intervenir.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 mai 1897. — Présidence de M. E. Delens.

Du redressement brusque de la gibbosité du mal de ott. Présentation de pièces expérimentales. — M. Ménard (de Berck) renouvelle la communication qu'il a faite hier à l'Académie.

M. Brun. — J'ai eu l'occasion dans un seul cas de refaire l'expérience de M. Ménard. Chez un petit malade qui a succombé après avoir été redressé, j'ai pu constater l'absence de lésion médullaire et aussi la vaste perte de substance des corps vertébraux. Il est certain que les résultats ne peuvent encore faire affirmer l'excellence de la méthode, mais permettent d'engager à continuer les expériences.

J'ai recherché deux petits maux de Pott récents, et j'ai obtenu facilement le redressement. Mais j'attendrai encore avant de redresser les cas anciens, vu les lésions que j'ai pu constater chez le cadavre.

M. Michaux. J'ai pu voir un petit malade atteint de mal de Pott depuis sept ans et courbé au point de ne pouvoir marcher que les mains appuyées sur les cuisses. Le redressement a été assez facile et le petit malade est actuellement en bonne voie.

M. Poirier. J'ai eu deux cas de redressement qui m'ont paru donner un résultat immédiat très satisfaisant.

Se fera-t-il des travées osseuses ultérieurement ? La vaste perte de substance devra être comblée et les pièces de M. Ménard sont peu en faveur de cette expérience. Cependant les expériences devront être continuées et, pour ma part, je dois en opérer deux dans peu de temps.

M. Broca. J'ai fait trois fois ce redressement, et les suites immédiates ont été satisfaisantes sans montrer une grande gravité.

M. Kirmisson présente un petit malade atteint d'**Incurvation du tibia avec absence congénitale du péroné.**

L'arthrodèse tibio tarsienne a permis d'appliquer un appareil avec lequel l'enfant peut marcher.

M. Reclus. Il y a 8 à 10 ans j'ai eu l'occasion de voir un enfant atteint d'une telle malformation. Je fis une ostéotomie puis une suture du tendon d'Achille. Le résultat immédiat fut assez bon. Mais après consolidation, je m'aperçus que le résultat serait nul à cause du roulement du pied au niveau de la tête de l'astragale et je n'ai pas songé à l'arthodèse. Actuellement le membre est beaucoup plus court et l'enfant n'a guère profité de l'intervention.

M. Nélaton. La théorie de Dareste que j'avais adoptée dans mon mémoire, que M. Kirmisson accepte, me paraît évidemment la vérité. Il faut savoir que le tibia incurvé résiste et faut en faire l'ostéotomie avec un ciseau bien trempé. Il faut se défier de la saillie antérieure qui se reproduit à cause du tendon d'Achille.

Le résultat immédiat paraît bon, mais plus tard un membre s'accroît, tandis que le membre opéré reste indéfiniment petit et le malade reste un infirme qui ne peut marcher. Mon petit opéré qui date de 10 ans est aux Incurables.

Comme l'a dit Braun qui a fait un mémoire il y a une douzaine d'années, parfaitement fait, je crois que le mal que nous nous donnons pour opérer ces enfants, nous nous le donnons en pure perte, — on n'obtient rien. — Le plus simple, c'est de faire l'amputation, qui permet de marcher, de changer le pilon au fur et à mesure que le membre sain s'accroît.

Résultat de l'ablation de la tête de l'astragale et de la grande apophyse du calcanéum pour pied bot varus équin congénital. — Présentation de la 34e opérée par M. Jalaguier. La marche est parfaite et l'enfant n'a ni appareil, ni bottine spéciale. Elle marchait au 14e jour et actuellement est au 50e jour.

Traitement des fractures par l'appareil ambulatoire. — Présentation du malade (fracture bi-malléolaire) et d'une autre fracture oblique avec saillie du fragment supérieur, l'une au 24e jour, l'autre au 10e jour. F. Verchère.

VARIÉTÉS

Le Bazar de la Charité et le Conseil général des sociétés médicales.

L'épouvantable catastrophe du Bazar de la Charité, qui vient de faire parmi nous de si nombreuses et si intéressantes victimes, a produit dans le corps médical une impression profonde. Le conseil général des sociétés médicales d'arrondissement de la Seine, dont je m'honore de faire partie en exprimant le réel regret de ne pas assister plus fréquemment à ses séances, a eu dans sa dernière réunion, lundi soir, la pieuse pensée de perpétuer, par un acte de solidarité confraternelle, le souvenir des confrères, des femmes et des enfants si prématurément disparus. Il fallait une souscription ; chaque membre du conseil, chaque société apporterait son obole ; les sociétés non adhérentes elles-mêmes seraient conviées à participer à cette œuvre. Plus la somme ainsi réunie serait élevée, plus serait touchant l'hommage rendu à nos morts. La seule difficulté, facile à résoudre, serait de fixer le meilleur emploi de cet argent.

Un monument simple, rappelant les noms des victimes et les regrets qu'elles ont laissés, paraîtrait très approprié à la circonstance, mais cet argent ne pourrait-il pas trouver un emploi plus utile ? Est-on tout à fait sûr, d'abord, que le sinistre n'a laissé parmi les survivants aucune infortune matérielle trop discrète pour se révéler seule, mais qu'il est de notre devoir de découvrir et de soulager au plus tôt ?

Si oui, la création d'un lit dans une maison hospitalière pour un confrère malheureux ou un parent de confrère, la création d'une bourse pour un orphelin du corps médical, lit ou bourse dont le nom rappellerait la catastrophe, cela répondrait bien au but que nous devons nous proposer. D'ailleurs est-il bien besoin de créer une œuvre nouvelle ? Les œuvres de charité et de solidarité confraternelles ne manquent pas, bien moins nombreuses cependant et bien moins riches qu'il ne le faudrait pour répondre à toutes les misères qui se manifestent dans les familles de médecins. Sans quitter Paris, ceux qui ont eu l'honneur de faire partie, par exemple, de la Commission générale de l'Association des médecins de la Seine n'ont pu s'empêcher bien souvent d'être profondément émus à l'aspect de tant de misères survenant brusquement, avec la mort du chef de famille, dans les milieux en apparence les plus aisés. Une somme quelconque, recueillie par la piété confraternelle, ne serait donc jamais trop élevée pour subvenir à tant de besoins.

Eh bien non ! Le Conseil général a pensé qu'il fallait frapper à toutes les portes, réunir une forte somme, mais pour la dissiper en fumée !

La bénédiction donnée au Bazar de la Charité quelques minutes avant l'incendie, par le nonce du pape ; la cérémonie expiatoire du samedi matin à Notre-Dame, ne suffisent pas ; il faut une autre cérémonie religieuse, à grand fracas, dans une grande église, à la Madeleine. La fumée de l'encens sera le meilleur remède à tant de souffrances morales ; la musique religieuse et le sermon d'un pr effaceront toutes ces blessures.

Sans doute, l'auteur de la proposition, mon ami Du paraît-il, a eu l'esprit hanté par le souvenir de la céré nie de l'avant-veille et par les mâles accents du Père Oliv N'ayant pu prendre part au vote lundi soir, je demand moins à proposer un article additionnel : je demande l'on confie à l'éloquent dominicain le soin de faire, Madeleine, le sermon obligatoire. Il n'aura qu'à se rapp les grandes lignes de son discours de Notre-Dame faire l'application de ses principes au corps médical en ticulier. Le succès est obligé si, par exemple, le lendem toute la presse française en reproduit un résumé dan genre de celui-ci :

« Messieurs, malgré la tristesse de l'heure présente, sez-moi vous exprimer toute la joie que j'éprouve à voir enfin réunis dans ce saint lieu pour vous incl devant le Seigneur et le remercier des marques de sol tude qu'il vient de donner à votre corporation. Depuis l temps le corps médical avait besoin d'un châtiment sév de scandaleux procès ont montré récemment à quel p vous vous écartiez des saines traditions de vos pères, bien les qualités natives du corps médical vous éta devenues étrangères. L'appât du gain est maintenant v seul mobile et pour lui obéir vous vous jouez de la vi vos clients et de l'honneur de leurs familles.

Votre orgueil grandissait avec votre mépris des ve fondamentales ; un trop grand nombre d'entre vous saient profession de ne pas croire en Dieu ou tou moins de l'oublier. Dieu, le maître souverain des hom et des corporations, a voulu vous donner une leçon rible ; il a brusquement retourné contre vous les préten conquêtes de votre science et il a fait périr vos confrè vos femmes et vos enfants si rapidement que vous n' pu leur porter nul secours. Vous avez pu entendre l'écho de la parole biblique ; « Par les morts couchés votre route, vous saurez que je suis le Seigneur. »

Mais Dieu ne se plaît pas aux vengeances stériles : pour sauver qu'il flagelle et vous l'avez heureusement c pris. La démarche que vous avez faite pour attirer sur vous les bénédictions de l'Église, votre attitude repe dans cette enceinte montrent que vous êtes prêts à abj les erreurs dans lesquelles vous aviez pris l'habitud vous complaire. Cette conduite, jointe au sacrifice de chères et innocentes victimes, apaisera la colère de et vous redeviendrez ses enfants préférés si, compre mieux votre mission en ce monde, vous abjurez définit ment les vaines erreurs de la science pour vous en aux saintes inspirations de la foi ».

A. Chevallereau.

CORRESPONDANCE

7 mai 1897.

Nous recevons du Dr P. Good d'Enghien la lettre vante.

Mon cher confrère,

Dans la *France Médicale* du 30 avril, je lis qu'un présenté par l'Association des Deux-Sèvres a été dévelo à l'Association générale par M. le Dr Pouzet. Mes confr

Deux-Sèvres pourraient être, à juste titre, étonnés que confié à d'autres la déclaration dont ils m'avaient gé et je vous serais obligé de rectifier ce qui ne peut qu'une erreur d'impression.

Votre confraternellement dévoué.

Dr P. Good.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — L'assemblée générale la Faculté de médecine de Paris a, dans sa séance de i dernier, présenté en première ligne M. Chantemesse la chaire vacante de pathologie expérimentale.

. Netter a été présenté en deuxième ligne et M. Roger troisième.

Hôpitaux de Paris. — Le nouveau concours pour trois es de médecins du bureau central s'ouvrira le 26 mai rant.

oici la composition provisoire du jury : MM. Moissenet, lafoy, Landouzy, Lecorché, Delpeuch, Hayem, Panas.

oici, d'autre part, les noms des candidats inscrits :

MM.

de Grandmaison, Belin, Parmentier, G. C. Lion, Phul-, Sergent, Enriquez, Gallois, Sottas, Sée ;

Claisse, Renou, Lamy, Legry, Boulloche, Bruhl, Sal-, F Bezançon, Le Noir, Berbez ;

Teissier, Mosny, Weber, Triboulet, Leredde, Lévi, rrier, Renault, Soupault, Létienne ;

Péron, Nageotte, Ettlinger, Tollemer, Berger, Mangin-quet, Gouget, Chrétien, Dufour, Plicque ;

Lebon, Potier, de Saint-Germain, Hulot, Pilliet, Rou-owitch, Veillon, Springer, Tissier, Hudelo ;

Capitan, Gastou, Thérèse, Macaigne, Charcot, Beaumé, ry, Boix, G. R. Lion, Michel ;

Brodier, de Massary, Souques, Coffin, du Pasquier, iroloix, Achalme, Laffitte, Deschamps, Pignol ;

Hallion, Dupré, Thiercelin, Caussade, J. Besançon, scher, Aviragnet, Papillon.

Soit 78 candidats pour trois places.

Corps de santé militaire. — Par décision ministérielle, date du 6 avril 1897, sont désignés pour les postes ci-rès :

MM. les médecins aides-majors de première classe La-ugle, pour le 33e d'infanterie ; — Zumbiehl, pour le 64e infanterie ; — Patris de Broé, pour le 152e d'infanterie ; Blum, pour la direction du service de santé du 7e corps armée ; — Bonnet, nommé surveillant à l'école du Val-de-râce ; — Mauroux, pour les hôpitaux militaires de la divi-on d'Alger ; — Ferrand, pour le 28e dragons ; — Pouy, our le 5e du génie ; — Muller, pour les hôpitaux militaires e la division d'occupation de Tunise ; — Le Mitouard, pour 47e d'infanterie.

MM. les médecins aide-majors de deuxième classe Bar, our le 9e bataillon de chasseurs à pied ; — Rubenthaler, our le 14e hussards ; — Mouly, pour le 129e d'infanterie ; - Rouyer, pour l'hôpital militaire de Nancy ; — Romary, our le 3e du génie.

— Par décision ministérielle, en date du 8 avril 1897, ont désignés pour les postes ci-après :

M. le médecin principal de deuxième classe Belleau, our l'emploi de médecin-chef de l'hôpital militaire de Constantine.

MM. les médecins-majors de première classe Brisset, pour l'hôpital militaire Saint-Martin ; — Plaisant, par ordre, à l'hôpital militaire de Bourges ; — Cluzant, pour le 1er régiment d'artillerie ; — Calmette, pour l'hôpital militaire de Versailles ; — Sommeillier, pour les hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie ; — Léon Barrois, pour l'hôpital militaire de Lille ; — Richard, pour le 27e d'infanterie ; — Manquat, pour ordre, à l'hôpital militaire Saint Martin ; — Mignon, pour le 22e d'artillerie ; — Cassan, pour le 118e d'infanterie ; Godard, pour le 54e d'infanterie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Jacquey, pour le 151e d'infanterie ; — Mistarlet, pour le 45e d'infanterie ; — Faure-Lacaussade, pour le 47e d'infanterie ; — Baur, pour le 154e d'infanterie ; — Liron, pour le 52e d'infanterie ; — Arnat, pour le 18e chasseurs à cheval ; — Lucas, pour le 117e d'infanterie ; — Vilmain, pour le 153e d'infanterie ; — Bodinier, pour le 36e d'infanterie ; — Félix, pour le 17e bataillon de chasseurs à pied ; — Berthoud, pour le 8e escadron du train ; — Lepagnez, pour le 11e chasseurs à cheval ; Boucher, pour le 109e d'infanterie ; — Clavelin, pour la légion de la garde républicaine à Paris ; — Marcellin, pour le 21e d'infanterie ; — David, pour le 23e bataillon de chasseurs à pied ; — Watier, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger ; — Lajoue, pour le 56e d'infanterie ; — Goudal, pour le 1er dragons ; — Estor, pour le 8e cuirassiers ; — Thirion, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger ; — Viéron, pour l'hôpital militaire de Bordeaux (provisoire) ; — Goulon, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine ; — Wenzinger, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger ; — Barbot pour la compagnie des tirailleurs sahariens : — Lejeune, pour le 10e hussards ; — Thérault, pour le 15e bataillon d'artillerie à pied.

Corps de santé de la marine. — Par décret, en date du 15 avril 1897, M. le docteur Bourru, médecin en chef a été promu au grade de directeur du service de santé, dans le corps de santé de la marine.

Société française d'ophthalmologie. — Dans sa dernière session tenue du 3 au 6 mai, la Société française d'ophthalmologie a renouvelé son Comité dirigeant. Ce comité se compose de huit membres, 4 pour Paris, 3 pour la province, 1 pour l'étranger. Il y a en outre un secrétaire général.

Ont été élus pour Paris : MM. Chevallereau, Javal, Jocqs, Masselon ; pour la province : MM. De Lapersonne (de Lille), Lagrange (de Bordeaux), Teillais (de Nantes) ; pour l'étranger : M. Dufour (de Lausanne).

Le secrétaire général, auquel doivent être envoyées toutes les communications relatives à la société, est le Dr Dubovs de Lavigerie, 55, rue de la Victoire.

Association de la presse médicale française. Secrétaire général : 14, boulevard Saint-Germain, Paris). — Réunion du 7 mai 1897. — Le 7 mai 1897 a eu lieu le trente-sixième dîner de l'Association de la Presse Médicale sous la présidence de M. le Dr de Ranse. Vingt-cinq personnes y assistaient.

M. le Pr Crouzat (de Toulouse) a été nommé membre titulaire pour la *Revue obstétricale internationale* et M. le Dr Verneau (de Paris) pour l'*Anthropologie*. — M. Bardet a été nommé rapporteur de la candidature de M. le Dr Morice (*Gazette des Eaux*).

L'assemblée a décidé : qu'une lettre de condoléances serait adressée par le secrétaire général à M. le Dr Lesourd

(*Gazette des Hôpitaux*), à l'occasion de la perte cruelle qu'il vient d'éprouver en la personne de sa fille, décédée dans l'incendie du Bazar de la Charité et qu'une couronne serait déposée sur le cercueil au nom de l'Association de la Presse médicale.

M. de Ranse a demandé la nomination d'une commission chargée d'étudier l'opportunité de la création d'un *Conseil de Famille de l'Association*; cette proposition a été admise et la commission se composera de MM. Cornil, président, Lucas-Championnière, Leblond et Marcel Baudouin, secrétaire.

M. Cézilly, syndic sortant, a été réélu par acclamation.

M. A. Rousselet, n'étant pas docteur en médecine, est déclaré ne pas pouvoir faire partie de l'Association. — Le décès de M. le Dr de Saint-Germain laisse une place vacante (*Revue des maladies de l'Enfance*). — M. Sorel (du Havre) a fourni des détails circonstanciés sur le prochain *Congrès des Jeux olympiques* au Havre; et M. Chervin a indiqué pourquoi le *Congrès d'Hygiène de Madrid*, qui doit commencer le dimanche de Pâques 1898 ne peut pas être avancé, malgré les démarches faites par le bureau du Congrès de Médecine de Montpellier.

M. le Dr M. Baudouin a communiqué tous les renseignements qu'il possède sur le Congrès de Médecine de Moscou et en particulier l'intéressante excursion du Caucase.

Le Secrétaire général, Marcel Baudouin.

Journaux de médecine. — Nous recevons le premier numéro de la *Pharmacie française*, bulletin mensuel, organe officiel de l'association amicale des étudiants en pharmacie de France. Bureaux 54, rue de Seine, à Paris.

Nous recevons également les premiers numéros d'un journal anglais, *Traetment*, journal de médecine et de chirurgie pratiques, paraissant à Londres, deux fois par mois.

Le premier numéro de la *Revue philantropique* vient de paraître sous la direction de M. Paul Strauss, conseiller municipal de Paris. Ce premier numéro contient des articles de Paul Strauss, Séverine, Théophile Roussel, Henri Monod, Jules Claretie, Pierre Budin, H. Thulié, Henri Napias, H. Depasse, L. Brueyre, etc. Avec de tels éléments cette revue mensuelle est assurée d'un réel succès.

Hôpital Saint-Joseph. — Lundi 28 juin, aura lieu à l'hôpital St-Joseph, rue Pierre-Larousse, 5, Paris, un concours pour la nomination à quatre places d'internes titulaires et à cinq places d'internes provisoires. Pour les renseignements s'adresser à M. le Dr Tison ou aux autres chefs de service.

Nécrologie. — Nous avons malheureusement d'autres noms à ajouter à la liste des membres de la famille médical qui ont succombé dans l'incendie de la rue Jean-Goujon : le Dr Rochet, 88, boulevard Beaumarchais, médecin homéopathe, reçu en 1870; Mmes Adolphe Moreau et Etienne Moreau-Nélaton sœur et nièce de notre confrère Nélaton, chirurgien des hôpitaux, et la fille de M. Léon Simon; en revanche, nous avons le plaisir d'annoncer que Mme Vve Feulard, dont nous avions par erreur annoncé le décès, est au contraire en bonne voie de guérison.

M. Ricard, médecin à Montaudin (Mayenne) reçu en 1856. — Le Dr Issemberger, de Graissesac (Hérault). — Le Dr La Saigne (de Tournon) reçu en 1853. — Le Dr Mollien, (d'Amiens), ancien député de la Somme, reçu en 1867.

La mortalité à Paris. — Pendant la dix-huitième semaine, du 2 au 8 mai 1897, le service de la statistique a compté 1.015 décès, chiffre supérieur à celui de la semai dernière 919, et au lieu de la moyenne 979. Cette aggrav tion de l'Etat sanitaire n'est qu'apparente car il résulte sinistre de la rue Jean-Goujon, tous les décès en prov nant, le nombre de décès serait de 888.

Les maladies épidémiques sont moins rares (58 au lieu 74 et de la moyenne 75), la fièvre typhoïde a causé 3 déc au lieu de 4 et de la moyenne 7, la scarlatine 2 au li de 4 et de la moyenne 5, la rougeole 41 au lieu de 51 et la moyenne 27, la coqueluche 2 au lieu de 4 et de moyenne 8, la diphtérie 6 au lieu de 10 et de la moyen 22.

Il n'y a eu de décès ni par variole, ni par typhus.

On à signalé 4 décès par influenza.

La diarrhée infantile (athrepsie, etc.), a causé 16 décès a dessous de 1 an au lieu de 34 et de la moyenne 40.

En outre 21 enfants sont morts de débilité congénital

Les maladies inflammatoires des organes de la respir tion ont causé 110 décès (au lieu de 133 pendant la semai précédente et au lieu de 147, moyenne ordinaire de la sa son). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : Bronchi aiguë, 10 décès (au lieu de la moyenne 19); bronchi chronique 18 décès (au lieu de la moyenne 31); bronch pneumonie, 37 décès (au lieu de la moyenne 37); pneum nie 45 décès (au lieu de la moyenne 60). Les autres ma dies de l'appareil respiratoire ont entraîné 45 décès, d 31 sont dus à la congestion pulmonaire.

La phtisie pulmonaire a causé 186 décès au lieu de moyenne 197; la méningite tuberculeuse, 31 décès; la m ningite simple, 25; les tuberculoses autres que celles q précèdent ont causé 32 décès; l'apoplexie, la paralysie le ramollissement cérébral, 62 décès, et les maladies org niques du cœur, 59; le cancer a fait périr 47 personne Enfin, 32 vieillards sont morts de débilité sénile.

Il y a eu 20 suicides, et 124 autres morts violentes. Parr ces dernières 108 proviennent soit directement (102) s après maladie (68) de la rue Jean-Goujon. En outre 8 décéd provenaient de la province, 5 corps ne sont pas reconnus 9 mai le nombre des victimes paraît donc être à cette da de 121, dont 6 décédés des suites de blessures contracté au Bazar de la Charité.

On a célébré à Paris 648 mariages.

On a enregistré la naissance de 1.139 enfants vivan (614 garçons et 525 filles), dont 848 légitimes et 291 illég times. Parmi ces derniers, 36 ont été reconnus immédi tement.

On a déclaré la mise en nourrice de 356 enfants, dont seront placés à Paris. Parmi ces enfants, 14 seront nourr au sein et 271 recevront une autre alimentation.

On a déclaré la naissance de 104 mort-nés (dont 65 lég times et 39 illégitimes).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Formulaire des médicaments nouveaux pour 189 par H. Bocquillon-Limousin, pharmacien de 1re classe, la réat de l'École de pharmacie de Paris. Introduction p le Dr Huchard, médecin des hôpitaux. Librairie J.-B. Bai lère et fils. 1 vol. in-18 de 308 pages, cartonné. Prix : 3 f

DYSPEPSIES. — *Vin de Chassaing.* — Pepsine et Diastas
ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Falières.
CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.
NEUROSINE PRUNIER. — Phosphoglycérate de chaux pu

GOUDRON FREYSSINGE
1 cuillerée à café par verre de boisson aux repas **contre Bronchites, Catarrhes, Maladies de la Peau, Epidémies.** 1 fr. 50 dans les Pharmacies.

PILULES rhéo-ferrées VIGIER spéciales contre la const pation. 1 à chaque repas.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone.*